



Clinica Madonna della Catena

Via Frà Benedetto 33 - 87040 Laurignano - Dipignano (CS)

Tel 0984-445666/445667/445668/445669 • Fax 0984-445498

sito web: www.clinicamadonnadellacatena.it

Email: info@clinicamadonnadellacatena.it

Il modulo richiesta prenotazione dovrà essere compilato in tutte le sue parti. La mancata compilazione delle voci sottoindicate può determinare la richiesta di ulteriori precisazioni con allungamento dei tempi di attesa.

Cognome:	Nome:
Età:	Domicilio:
Tel.:	
<small>(specificare bene i numeri telefonici dove poter essere contattati)</small>	

Parte Riservata al Medico Curante.

La richiesta di prenotazione riguarda la

Riabilitazione Estensiva: []

Disabilità _____

Patologia che ha provocato la Disabilità per la quale si propone il ricovero: _____

Data d'inizio della patologia sopra indicata o dell'eventuale evento acuto _____

La patologia di cui sopra è stata trattata chirurgicamente: NO SI in Data _____

Concomitanti condizioni morbose:

GRAVI PATOLOGIE EPATICHE	SI	NO
GRAVI PATOLOGIE RENALI	SI	NO
GRAVI PATOLOGIE CARDIACHE	SI	NO
GRAVI PATOLOGIE PSICHICHE	SI	NO
DEMENZA	SI	NO

Data _____

Recapito telefonico del medico _____

Dalle ore: _____ alle ore: _____

Timbro

Firma del medico curante

PRIVACY Autorizzo la Direzione Sanitaria della Casa di Cura alla raccolta delle notizie di carattere anagrafico e interesse clinico; tali dati saranno custoditi nel rispetto o di quanto stabilito dalla legge 675/96 e sue modificazioni ed integrazioni apportate dal Garante

Firma dell'utente che richiede il ricovero

Data _____

Parte Riservata alla Clinica Madonna della Catena

Data _____ Unità Funzionale _____

Ricovero: Prioritario Ordinario

Non Ricoverabile:
non rientra linee guida
altro (vedi nota dietro)

Coordinatore Dipartimento di Riabilitazione _____